



کد فرم: ALZ-P1-104
تاریخ بازنگری: ۹۲/۶/۱۸
بازنگری بعدی: ۹۳/۶/۱۸

مرکز آموزشی درمانی الزهراء - تبریز
فرم آموزش به بیمار (صفحه ۱)



شماره پرونده:	بخش:	اطاق:	تخت:	نام پزشک معالج:	تاریخ پذیرش:
نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	تشخیص یا علت بستری:	میزان تحصیلات:		
سن:	مدت بستری:				

زمان	عناوین آموزشی	روش آموزش	تاریخ آموزش	شیفت	مهر و امضای آموزش دهنده	امضا یا اثر انگشت فرد آموزش گیرنده	توضیحات
زمان پذیرش	۱. راهنمایی جهت تهیه کپی ازدو صفحه اول دفترچه	<input type="checkbox"/>	آموزش چهره به چهره	<input type="checkbox"/> صبح			
	۲. راهنمایی جهت واریز پیش پرداخت به واحد صندوق	<input type="checkbox"/>	پمفلت یا جزوه آموزشی	<input type="checkbox"/> عصر			
	۳. راهنمایی به بخش اورژانسی یا درمانگاه	<input type="checkbox"/>	فیلم	<input type="checkbox"/> شب			
	۴. ارائه پمفلت راهنمای بستری بیماران	<input type="checkbox"/>	آموزش گروهی				
			سایر:				
حین بستری در بخش	۱. خوش آمد گویی و معرفی بخش	<input type="checkbox"/>	آموزش چهره به چهره	<input type="checkbox"/> صبح			
	۲. آشنایی با فضای فیزیکی بخش	<input type="checkbox"/>	پمفلت یا جزوه آموزشی	<input type="checkbox"/> عصر			
	۳. حضور همراه و ساعات ملاقات	<input type="checkbox"/>	فیلم	<input type="checkbox"/> شب			
	۴. معرفی پرستار و سرپرستار و پزشک معالج	<input type="checkbox"/>	آموزش گروهی				
	۵. سایر موارد	<input type="checkbox"/>	سایر:				
آموزش به همراه بیمار	۱. تشخیص بیماری و روند درمان و مراقبت	<input type="checkbox"/>	آموزش چهره به چهره	<input type="checkbox"/> صبح			
	۲. شرایط حضور همراه نزد بیمار	<input type="checkbox"/>	پمفلت یا جزوه آموزشی	<input type="checkbox"/> عصر			
	۳. سایر موارد	<input type="checkbox"/>	فیلم	<input type="checkbox"/> شب			
			آموزش گروهی				
			سایر:				



مرکز آموزشی درمانی الزهراء - تبریز

فرم آموزش به بیمار (صفحه ۲)



زمان	عناوین آموزشی	روش آموزش	تاریخ ارائه آموزش	شیفت	مهر و امضای آموزش دهنده	امضا یا اثر انگشت فرد آموزش گیرنده	توضیحات
طول مدت بستری	۱. آموزش در مورد رژیم غذایی	<input type="checkbox"/> آموزش چهره به چهره <input type="checkbox"/> پمفلت یا جزوه آموزشی <input type="checkbox"/> فیلم <input type="checkbox"/> آموزش گروهی <input type="checkbox"/> سایر:		<input type="checkbox"/> صبح <input type="checkbox"/> عصر <input type="checkbox"/> شب			
	۲. آموزش در مورد وضعیت استراحت						
	۳. آموزش در مورد تشخیص بیماری و روند درمان						
	۴. آموزش در مورد داروهای مصرفی						
	۵. آموزش شیر مادر						
	۶. آموزش مراقبت از نوزاد						
	۷. آموزش مراقبت مادرانه آغوشی						
	۸. تغییر وضعیت مادر <input type="checkbox"/> تغییر وضعیت نوزاد						
	۹. بهداشت فردی						
	۱۰. مراقبت از زخم و پانسمان زخم						
	۱۱. آموزش فرایند زایمان و اقدامات لازم						
	۱۲. آموزش در مورد کنترل عفونت (بهداشت دستها)						
	۱۳. آموزش در مورد ایمنی بیمار (سقوط از تخت)						
۱۱. سایر موارد							
زمان ترخیص	عناوین آموزشهای ارائه شده توسط پزشک معالج	<input type="checkbox"/> آموزش چهره به چهره <input type="checkbox"/> پمفلت یا جزوه آموزشی <input type="checkbox"/> فیلم <input type="checkbox"/> آموزش گروهی					
	عناوین آموزشهای ارائه شده توسط پرستار	<input type="checkbox"/> آموزش چهره به چهره <input type="checkbox"/> پمفلت یا جزوه آموزشی <input type="checkbox"/> فیلم <input type="checkbox"/> آموزش گروهی					
مهر و امضای تایید سرپرستار حین ترخیص:							